



**MUNICÍPIO DE CAÇAPAVA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**ANEXO I**

**MODELO DE REQUERIMENTO**

Excelentíssima senhora Prefeita e senhor Presidente da Comissão Especial para Qualificação e Credenciamento de Entidades como Organizações Sociais do Município de Caçapava, SP (nome da entidade), sociedade civil sem fins lucrativos, com sede na (endereço completo), inscrita no CNPJ sob nº (número), neste ato representado por (nome e qualificação do representante legal); vêm à presença de Vossa Excelência requerer sua **QUALIFICAÇÃO** como Organização Social na área de Saúde, com interesse em firmar futuro Contrato de Gestão com a Administração Pública Municipal, de acordo com o Edital de Concurso de Projetos a ser oportunamente publicado; com fundamento na Lei Federal nº 9.637/1998, na Lei Municipal nº 4996/10 alterada pela Lei 5535/2017 e na Lei estadual 846/1998; juntando para tanto a documentação necessária.

Nestes termos, pede deferimento (local e Data)

(nome do Representante Legal)

(identificação da entidade que representa).

Avenida Coronel Alcântara, nº 550, Centro - Caçapava - SP, CEP 12281-580

Tel. **(12) 3655-5797** | [secretaria.saude@cacapava.sp.gov](mailto:secretaria.saude@cacapava.sp.gov)

